

Dente intranasal em portador de fissura de lábio e palato: relato de caso

Aline Rogéria F. de CASTILHO*, Denise Cristina PAZIN*, Raquel HUSSNE*, Cleide F. de Carvalho CARRARA**

Resumo

A presença de dentes na cavidade nasal é rara e inclui alguns sinais e sintomas característicos, como obstrução nasal, rinite casual e odor fétido, entre outros, que podem ser confundidos com outras patologias. Por esta razão, o diagnóstico diferencial deve ser bem executado, por meio dos exames clínico e radiográfico da região. O tratamento, geralmente, é cirúrgico e pode prevenir complicações secundárias. O presente trabalho apresenta um caso de dente intranasal e seu respectivo tratamento cirúrgico para remoção.

Palavras-chave: Erupção dentária ectópica. Fissura de lábio e/ou palato. Exodontia.

INTRODUÇÃO

A ocorrência de anomalias dentárias tais como agenesias, más formações e dentes supranumerários em crianças fissuradas é mais freqüente do que em crianças sem fissuras^{5,6,8,15}.

Dentes ectópicos e supranumerários podem ocorrer em diferentes regiões da face. Comumente são vistos no palato e seio maxilar e raramente no côndilo, processo coronóide, órbita e cavidade nasal¹⁷.

A presença de dentes na cavidade nasal em indivíduos não fissurados é um fenômeno raro de etiologia obscura. Em alguns casos, pode estar associado a trauma^{2,7,10} ou osteomielite da maxila, causando deslocamento de um ou mais dentes para o interior da cavidade nasal^{3,16}.

Medeiros et al.¹³ encontraram uma prevalência de 0,48% de dente intranasal em crianças portadoras de fissura completa de lábio e palato, sendo esta maior para o gênero feminino. A presença de fenda no lábio

e alvéolo sugere que a incompleta união dos processos embrionários pode causar o deslocamento do germe dentário para o interior da cavidade nasal^{9,20}.

Vários sinais e sintomas podem ser observados quando o paciente apresenta um dente ectópico intranasal, tais como, obstrução nasal^{4,7,18}, supuração nasal^{1,4}, epistaxe recorrente¹⁹, rinite casual¹, desvio de septo^{1,4}, fistula oronasal¹⁰, sinusite crônica¹², dor facial¹⁴ e dores de cabeça¹¹. Ocasionalmente, um dente intranasal é assintomático, mas o diagnóstico e tratamento precoces podem prevenir complicações secundárias¹³.

RELATO DE CASO

I.M.S., cinco anos de idade, gênero masculino, portador de fissura completa de lábio e palato bilateral, compareceu ao setor de Odontopediatria do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo (HRAC-USP),

* Alunas do curso de especialização em Odontopediatria do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo, Bauru - SP.

** Odontopediatra do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo; Mestre em Odontopediatria pela Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru-SP.



FIGURA 1 - Narina direita apresentando dente intranasal.

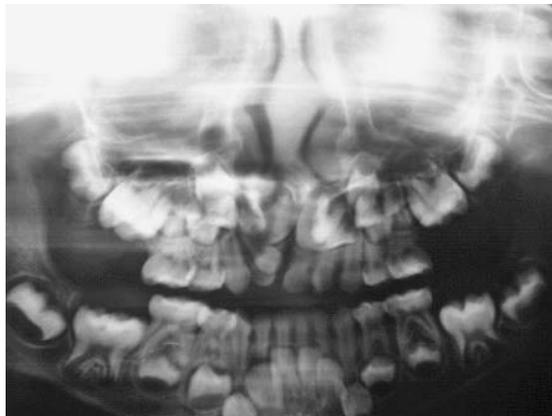


FIGURA 2 - Radiografia panorâmica constatando a presença de dente intranasal.



FIGURA 3 - Radiografia periapical da região do superior anterior.

com relato de resfriado freqüente, abundante coriza e mau cheiro no nariz.

Ao exame clínico, observou-se a presença de uma estrutura dura, semelhante à dentária (Fig. 1). Pela análise das radiografias panorâmica e periapical da região, confirmou-se a presença de dente intranasal (Fig. 2, 3), que se tratava, provavelmente, de um dente decíduo supranumerário, uma vez que ambas as dentições apresentavam-se completas por este exame. O tratamento indicado foi a remoção do den-

te intranasal, em ambiente hospitalar, sob anestesia geral. A remoção de um dente intranasal é realizada de forma semelhante a uma extração dentária na cavidade bucal, ou seja, inicia-se pela sindesmotomia (Fig. 4A), em seguida realiza-se a apreensão, luxação e extração com fórceps (Fig. 4B). Não se realiza sutura (Fig. 4C). Após a extração, coloca-se uma gaze embebida em medicamento a base de cloridrato de oxitetraciclina e hidrocortisona no alvéolo, por cerca de 15 minutos, a fim de promover a vasoconstrição no local e impedir a infecção local por patógenos. (Fig. 4D, E). A remoção do tamponamento de gaze pode ser realizada algumas horas após a cirurgia, certificando-se da hemostasia local.

DISCUSSÃO

Apesar da baixa prevalência de dente intranasal em crianças portadoras de fissura completa de lábio e palato¹³, é necessário que o profissional, tanto da área odontológica como da área otorrinolaringológica esteja capacitado a diagnosticar e remover tais elementos assim que detectados.

Clinicamente, o dente intranasal apresenta-se como uma massa branca endurecida, localizada na cavidade nasal e circundada por tecido de granulação¹⁷. O dente intranasal pode ser detectado por meio de radiografia panorâmica, oclusal ou lateral. A imagem radiográfica pode ser confundida por rinolito, corpo estranho, seqüestro ósseo, neoplasma, osteoma⁹.



FIGURA 4A - Sindesmotomia.



FIGURA 4B - Exodontia propriamente dita.



FIGURA 4C - Alvéolo imediatamente após a extração.



FIGURA 4D - Aplicação de medicamento à base de cloridrato de oxitetraciclina e hidrocortisona.



FIGURA 4E - Tamponamento com gaze embebida em medicamento.

Um sinal clínico característico do dente intranasal é a presença de coriza constante, como em um simples resfriado, mas que em alguns casos, vem acompanhada de odor fétido. O diagnóstico clínico deve ser complementado pelo radiográfico, por meio de uma radiografia panorâmica e uma oclusal da região dos incisivos superiores.

Idealmente, o dente intranasal deve ser removido em ambiente hospitalar sob anestesia geral, principalmente quando se tratar de um paciente de pouca idade, pois este procedimento requer comportamento colaborador. Além disso, deve-se

considerar a localização do dente no interior da cavidade nasal, que muitas vezes dificulta o proce-

dimento de remoção, podendo causar um grande desconforto ao paciente durante a cirurgia.

Enviado em: Julho de 2003
Revisado e aceito: Agosto de 2003

Intranasal tooth in patient with cleft lip and palate: case report

Abstract

The presence of teeth at the nasal cavity is rare and involves some characteristic signs and symptoms, such as nasal obstruction, eventual rhinitis and fetid smell, and also others that may be confused with other pathologies. Therefore, differential diagnosis should be carefully accomplished by means of clinical and radiographic examinations of the area. Treatment is usually surgical and may prevent secondary complications. The present paper presents a case of intranasal tooth and the respective surgical treatment for its removal.

Key words: Ectopic tooth eruption. Cleft lip and/or palate. Tooth extraction.

REFERÊNCIAS

1. ABERCROMBIE, P. H. Eruption of a canine tooth into the nasal fossa attended by rhinitis caseosa. **J Laryngol Otol**, London, v. 40, p. 586-589, 1925.
2. COBOURNE, M. T. et al. An unusual dental cause of nasal discharge: a case report. **Int J Paediatr Dent**, Oxford, v. 6, no. 3, p.187-189, Sept. 1996.
3. DAYAL, P. K. et al. Eruption of a tooth into the nasal cavity due to osteomyelitis. **J Laryngol Otol**, London, v. 95, no. 5, p. 509-512, May 1981.
4. HONG, C. Y. Ectopic nasal tooth. **Med J Malaysia**, Singapore, v. 30, no. 3, p. 239-240, Mar. 1976.
5. FISHMAN, L. S. Factors related to tooth number, eruption time, and tooth position in cleft palate individuals. **ASDC J Dent Child**, Chicago, v. 37, no. 3, p. 303-306, July/Aug. 1970.
6. JACOBSON, B. N.; ROSENTEIN, S. W. The cleft palate patient: dental help needed. **ASDC J Dent Child**, Chicago, v. 38, no. 2, p. 105-115, Mar./Apr. 1970.
7. JOHNSON, A. P. A case of an intranasal canine tooth. **J Laryngol Otol**, London, v. 95, no. 12, p. 1277-1279, Dec. 1981.
8. JORDAN, R. E. et al. Dental abnormalities associated with cleft lip and/or palate. **Cleft Palate J**, Baltimore, v. 3, p. 22-55, Jan. 1966.
9. KING, N. M.; LEE, A. M. An intranasal tooth in a patient with a cleft lip and palate: report of case. **J Am Dent Assoc**, Chicago, v. 114, no. 4, p. 475-478, Apr. 1987.
10. LONG, C. J. Supernumerary tooth in the nose. **Dent Cosmos**, Philadelphia, v. 66, no. 3, p. 360, Mar. 1924.
11. LUMBA, S. P.; NIRULA, A.; GREWAL, R. S. Healed osteomyelitis of maxilla with tooth in the floor of the nose. **J Laryngol Otol**, London, v. 85, no. 8, p. 877-879, Aug. 1971.
12. MARTISON, F. D.; COCKSHOTT, W. P. Ectopic nasal dentition. **Clin Radiol, Edinburgh**, v. 23, no. 4, p. 451-454, Oct. 1972.
13. MEDEIROS, A. S. et al. Prevalence of intranasal ectopic teeth in children with complete unilateral and bilateral cleft lip and palate. **Cleft Palate Craniofac J**, Pittsburgh, v. 37, no. 3, p. 271-274, May 2000.
14. NASTRI, A. L.; SMITH, A. C. The nasal tooth. Case report. **Aust Dent J**, Sydney, v. 41, no. 3, p.176-177, June 1996.
15. RANTA, R. Comparison of tooth formation in noncleft and cleft-affected children with and without hipodontia. **ASDC J Dent Child**, Chicago, v. 49, no. 3, p. 197-199, May/June 1982.
16. REGE, S. R.; SHAH, K. L.; MARFATI, P. T. Osteomyelitis of maxilla with extension of teeth in the floor of the nose requiring extraction. **J Laryngol Otol**, London, v. 84, no. 5, p. 533-535, May 1970.
17. SMITH, R. A.; GORDON, N. C.; DELUCHI, S. F. Intranasal teeth: report of two cases and review of the literature. **Oral Surg Oral Med Oral Pathol**, St. Louis, v. 47, no. 2, p. 120-122, Feb. 1979.
18. SOFAT, J. R.; SINGH, K. A. Ectopic supernumerary tooth in nasal cavity. **J Indian Dent Assoc**, New Delhi, v. 54, no. 6, p. 223, June 1982.
19. SOOD, V. P.; KAKAR, P. K. Intranasal tooth. **Eye Ear Nose Throat Mon**, Chicago, v. 54, no. 9, p. 25-29, Sept. 1975.
20. YEUNG, K. H.; LEE, K. H. Intranasal tooth in a patient with a cleft lip and alveolus. **Cleft Palate Craniofac J**, Pittsburgh, v. 33, no. 2, p. 157-159, Mar. 1996.

Endereço para correspondência

Cleide Felício de Carvalho Carrara
Rua Rio Branco 19-45 - Altos da Cidade
17040-480 - Bauru - SP
E-mail: cleidecarrara@hotmail.com